

FORMULARIO DE QUEJA DE LA COMISIÓN DE DERECHOS CIVILES DE IOWA

Queja de Discriminación según el Código de Iowa Capítulo 216, "La Ley de Derechos Civiles de Iowa de 1965"

Atención: Se manda una copia de esta queja a la entidad demandada.

(PARA EL USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE)	Iowa Civil Rights Commission 400 East 14 th Street Des Moines, IA 50319-0201
ICRC CP#: _____ Local Commission# _____ EEOC# _____ 515-281-4121 / 800-457-4416 / Fax: 515-242-5840 / http://www.state.ia.us/government/crc	

Nota: Por favor escriba a máquina ó con letra de molde

1. ¿Qué es su nombre legal? _____
2. ¿Cuál es su dirección de correos? _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
3. Número de teléfono: _____ (Incluye el Código)
4. ¿Su fecha de nacimiento? _____ ¿Su Sexo? _____
 Su Raza: _____ Origen nacional (Su lugar de nacimiento o ascendencia): _____

5. Marque la razón por la discriminación. (Discriminaron contra mí debido a mi...)

RAZA	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo americanos <input type="checkbox"/> Otro (por favor identifique): _____
ORIGEN NACIONAL	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Indio Oriental <input type="checkbox"/> Árabe / Afgano / Oriente Medio <input type="checkbox"/> Otro (Por favor identifique): _____
SEXO	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
ORIENTACIÓN SEXUAL	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual
IDENTIDAD DE GÉNERO	<input type="checkbox"/>
ESTADO DE EMBARAZO	<input type="checkbox"/>
RELIGION / CREDO	<input type="checkbox"/> Por favor identifique: _____
COLOR	<input type="checkbox"/> Tez clara <input type="checkbox"/> Tez morena
DISCAPACIDAD (Real o Percibida)	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental
EDAD (Solamente para Empleo o Crédito)	<input type="checkbox"/>
ESTADO FAMILIAR (Solamente para Vivienda o Crédito)	<input type="checkbox"/> Presencia de niños
ESTADO CIVIL (Solamente para Crédito)	<input type="checkbox"/>
REPRESALIA	<input type="checkbox"/> Porque presenté una queja de derechos civiles anterior, opuse una actividad discriminatoria o participé como testigo en un asunto de discriminación.

6. Por favor marque el área en el cual la discriminación ocurrió.

Empleo

Servicios Públicos

Vivienda

Educación

Crédito

Represalia

7. Por favor marque la **ACCION** que el demandado tomó contra usted. (Marqué todos los que aplique)

Democión

Fallar a entrenar

Negar acomodo/modificación

Forzar a dejar el trabajo/jubilación

Negar Beneficios

Hostigamiento

Negar Servicios Financieros

Despido

Negar Servicios

Recorte de Horas/ Sueldo

Disciplina/Suspensión

Hostigamiento Sexual

Desalojo

Despedido

Fallar a Contratar

Trato Diferente

Fallar a Promocionar

Asignación/Traslado Indeseable

Fallar a Alquilar

Desigualdad de Sueldo

Recorte de trabajadores/Fallar a Llamar para Regresar

Otro: _____

8. ¿Qué es el nombre legal de la **organización** que discriminó contra usted?

[Esta entidad será acusada de discriminación y se le manda una copia de la queja.]

¿Cuál es la dirección postal de esta organización?

Ciudad: _____

Condado: _____

Estado: _____

Código Postal: _____ # Teléfono: (____) _____

9. Si la entidad que usted nombro en el **número 8 tiene Compañía Madre u Oficina Corporativa**, escriba el nombre legal.

[Esta entidad también será acusada de discriminación y se le manda una copia de la queja.]

¿Cuál es la dirección postal de esta organización?

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

10. ¿Donde sucedió la discriminación?

Cuidad: _____

Condado: _____

Estado: _____

Dirección: _____

11. ¿Qué hace esta organización? ¿Que servicios proporciona esta organización?

12. Si el "Área" es en empleo, escriba el número aproximado de todos los empleados que tiene esa compañía en todas sus localidades a escala nacional (**Se requiere**): _____

4-14 15-19 20-100 101-200 201-500 500+

13. ¿Ha presentado usted esta queja con otra agencia antidiscriminatoria federal, estatal, o local? __ Sí __ No

Si la respuesta es "Sí", ¿con cual agencia? _____ ¿Cuándo? _____

14. ¿Si usted está alegando hostigamiento, quien le hostigó?

[Esta persona será acusada con discriminación y se le da una copia de su queja.]

Nombre: _____

Título: _____

Dirección Postal de Trabajo o Casa: _____

Nombre: _____

Título: _____

Dirección Postal de Trabajo o Casa: _____

Nombre: _____

Título: _____

Dirección Postal de Trabajo o Casa: _____

15. ¿Qué fue la fecha del incidente discriminatorio más reciente? (mes, día, año)

16. Si el "Área" es en el Empleo, ¿en que fecha le emplearon o aplicó usted?

_____ (mes, día, año)

¿Sigue usted siendo empleado(a) de esta organización enumerada en el #8? Sí No

Si la repuesta es "No", ¿cuándo fue que su empleo se terminó? _____ (mes, día, año)

Si la repuesta es "No", ¿cómo se terminó su empleo? Despedido (a) Dejó/Renunció

17. RESUMEN BREVE DE LAS ALEGACIONES.

Por favor, escriba los detalles de porque usted siente que su base/bases es/son factor(es) en como Usted fue tratado. Por favor, asegure de describir cada acción que usted marcó en la pregunta #7. (POR FAVOR no identifique ninguna gente quien puede ser testigos en soporte de su queja.) ***(Por favor, lea las instrucciones antes de escribir su resumen breve.)***

Yo certifico bajo pena de perjurio y acuerdo a las leyes del Estado de Iowa y de las leyes de los Estados Unidos de América que la queja que precede es correcta y verdadera.

X _____
Firma del Demandante

Fecha

- Nombre del especialista: Larry Teléfono: **1-800-457-4416**; extensión 91-4430 o 515-281-4430
- Nombre del especialista: Kerry Teléfono: **1-800-457-4416**; extensión 91-4437 o 515-281-4437